Washington State DEPARTMENT OF SOCIAL & HEALTH SERVICES

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПРЯМОЙ ПЕРЕВОД
DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT

ИНСТРУКЦИИ:

1. Заполните верхнюю часть формы, подпишите и укажите дату.
2. Банк должен заполнить нижнюю часть этой формы.
3. Пошлите заполненную форму по адресу:

DSHS DIRECT DEPOSIT/EBT
PO BOX 9254
OLYMPIA WA 98507-9254

ЧАСТЬ1. ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	
ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ПЕРВАЯ БУКВА ОТЧЕСТВА)	НОМЕР ВАШЕГО ТЕЛЕФОНА (С МЕСТНЫМ КОДОМ)
ВАШ ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ГОРОД ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	
ВАШ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР **или**	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
НОМЕР ВАШЕГО БАНКОВСКОГО СЧЕТА	КАКОГО ВИДА БАНКОВСКИЙ СЧЕТ? ЗАЧЕРКНИТЕ ОДНО ☐ Текущий ☐ Сберегательный

ПОЖАЛУЙСТА, ПРОЧТИТЕ СЛЕДУЮЩЕЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ НИЖЕ

Я уполномочиваю Департамент социальных услуг и здравоохранения (DSHS) непосредственно переводить моё денежное пособие на мой банковский счёт, указанный ниже. Если необходимо, они также могут исправлять возможные ошибки. Я согласен (согласна) заполнять новые формы заявления, если я меняю банк или банковский счёт. Я понимаю также, что, если я желаю прекратить прямой перевод, я должен (должна) поставить в известность DSHS в письменном виде.

Я прочитал (а) вышеизложенное и понимаю прочитанное.

ПОДПИСЬ	ДАТА

ЧАСТЬ 2. СЛЕДУЮЩЕЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ЗАПОЛНЕНО БАНКОМ (PART 2. THE FOLLOWING MUST BE COMPLETED BY YOUR BANK.)		
BANK TRANSIT/ROUTING NUMBER		BANK ACCOUNT NUMBER

I certify the bank transit/routing number and the personal account number listed above are correct.

BANK EMPLOYEE'S SIGNATURE	DATE	PRINT NAME OF BANK EMPLOYEE HERE
BANK'S NAME AND BRANCH		